

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 174

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Anus contre nature

(Procédé simplifié d'anus à éperon)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mars 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DAUJAT

Né le 11 Mai 1886, à Voiteur (Jura)

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne de la Maison Départementale d'Albigny (Rhône)



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

—
1921

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 174

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Anus contre nature

(Procédé simplifié d'anus à éperon)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mars 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DAUJAT

Né le 11 Mai 1886, à Voiteur (Jura)

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne de la Maison Départementale d'Albigny (Rhône)



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

—
1921

PÉPERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. LEPINE..... DOYEN.
ROQUE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Anatomie générale et Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURQUAND
Anatomie pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	VILLARD
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	CADÉ	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	GRAVIER, chargé des fonctions.
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	
	COTTE	CORDIER	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BÉRARD, Président; M. VILLARD, Assesseur;
M. THÉVENOT Léon, Prof. agrégé; M. TAVERNIER, Prof. agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR ERNEST DAUJAT

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
PHILIPPE DAUJAT
Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de Guerre
Ingénieur des Arts et Manufactures
SOUS - LIEUTENANT AU 3^e R. A. C.
TUÉ A L'ENNEMI A ANGRES (ARTOIS)
le 16 Juin 1915

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE
LE DOCTEUR CHARLES DAUJAT

Bien faible témoignage de
reconnaissance pour la sol-
licitude dont il nous a en-
touré et les conseils qu'il
nous a prodigués pendant
le cours de nos études.

A mon Président de Thèse :
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD
Professeur de Clinique Chirurgicale

Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur de pré-
sider notre jury de thèse.
Nous l'en remercions bien
sincèrement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. SANTY
Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail
et nous a guidé dans sa
rédaction. Nous lui en expri-
mons ici toute notre grati-
tude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553219_0026

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat suppléant :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique Chirurgicale

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Professeur de Clinique des Maladies des voies urinaires

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND

Professeur de Clinique de Chirurgie infantile

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

Médecin des Hôpitaux

Suppléance d'Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE
Médecin des Hôpitaux

Internat d'Albigny :

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI RONDET

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES DAUJAT

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RONDET

INTRODUCTION

Il n'entre pas dans notre plan de préciser les indications de l'anus iliaque, ni de faire l'historique des différents procédés qui ont été proposés pour le réaliser.

Dans sa thèse inspirée par le Docteur Delore, Khouzam a résumé d'une façon très complète l'historique de l'anus iliaque. Quant aux indications, elles sont aujourd'hui trop connues pour que nous les rapportions ici.

Notre but, en effet, est simplement de préciser un point de technique opératoire et de montrer qu'il est possible avec un procédé très simple, d'obtenir un anus iliaque à éperon définitif, susceptible cependant d'une cure radicale aisée, si la possibilité en est offerte ultérieurement.

Il ne s'agit pas d'un procédé nouveau puisqu'il semble bien que Littre et surtout Duray, qui vulgarisa sa technique, l'avaient employé. Mais il semble, cependant qu'à Lyon tout au moins, on n'ait pas recours à cette technique de façon courante, et il nous a paru intéressant de montrer les résultats obtenus grâce à elle dans le service de Monsieur le Professeur Bérard.

CHAPITRE I

Conditions que doit remplir l'anus iliaque

Le but d'un anus iliaque est tout d'abord de réaliser une dérivation du contenu du gros intestin pour parer aux accidents d'obstruction plus ou moins menaçants. Mais il doit, en outre, réaliser la protection stercorale du bout inférieur et s'opposer à la contamination de ce segment intestinal qui ne doit en aucune façon livrer, même accidentellement, passage aux matières venues du bout supérieur.

C'est à cette seule condition que l'anus iliaque réalisera le but indiqué par Maurice Pollosson en 1884, de transformer une tumeur de l'S iliaque ou du rectum, en une tumeur banale du petit bassin.

Les procédés permettant de réaliser cet isolement parfait du bout périphérique sont très nombreux. Ceux qui sont considérés à l'heure actuelle comme les plus parfaits, réalisent l'isolement complet des deux segments intestinaux, par section du tractus intestinal.

Le premier type était celui que Pollosson employa dès 1883 et qui comportait l'oblitération par la suture et

l'enfouissement du bout inférieur. (Technique qui n'était pas sans danger si l'on faisait une erreur dans le diagnostic du bout central). Mais à l'heure actuelle, le procédé d'Audry-Jannel (1892) et celui de Delore, connus sous le nom d'anūs à pont de peau, semblent plus couramment employés lorsqu'on veut réaliser au mieux l'exclusion du segment inférieur.

Ce procédé, s'il a de nombreux avantages au point de vue de la perfection même de l'isolement réalisé et de la facilité qu'il donne lorsqu'on veut, dans un second temps, faire l'exérèse complète de l'S iliaque, n'en est pas moins d'une exécution un peu compliquée. Il expose à des accidents septiques, au niveau du décollement cutané qu'il exige, qui ne sont point négligeables, malgré la précaution que l'on prend, de n'ouvrir que secondairement le tractus intestinal lorsque la cicatrisation du lambeau est déjà en bonne voie. En outre, il est évident qu'un pareil procédé réalise un anus terminal définitif, ne permettant pas la cure radicale de l'anūs ainsi créé et il ne doit, par conséquent, s'adresser qu'aux cas pour lesquels on ne songe d'emblée à aucun rétablissement de la continuité de l'intestin, soit qu'il s'agisse d'une tumeur inopérable, soit également que, comme on y revient de plus en plus, l'exérèse, faite sur l'S iliaque ou le rectum, soit réalisée avec l'idée préconçue de laisser persister, d'une façon définitive, un anus iliaque terminal.

Les procédés les plus anciennement employés pour réaliser l'anūs iliaque, consistaient essentiellement à réaliser un éperon muqueux à l'aide d'un corps étranger glissé temporairement à travers le méso-iliaque de

l'anse sigmoïde attirée à l'extérieur au travers d'une boutonnière pariétale. La sonde en gomme ou la mèche de gaze ainsi glissées, servaient tout à la fois à maintenir l'intestin extériorisé et à provoquer l'accolement en canon de fusil, des deux bouts de l'anse, aboutissant en quelques jours, à la formation d'un éperon. C'est la technique de Reclus, encore décrite dans tous les traités de technique opératoire.

Les inconvénients de cette technique sont multiples. Tout d'abord, l'extériorisation de l'anse ainsi réalisée n'est pas définitive. Fréquemment, à l'ablation vers le deuxième jour, de la mèche ou de la sonde, succède une réinvagination progressive de l'anse dans la paroi abdominale, et fréquemment, l'éperon qu'on a cherché à obtenir, est incomplet et n'isole qu'imparfaitement les deux segments intestinaux. Par ailleurs, malgré la précaution prise, de n'ouvrir l'anse intestinale que tardivement (cinquième ou sixième jour), il existe souvent des petits phénomènes inflammatoires au niveau du méso, qui retardent la cicatrisation de l'anus.

Il avait paru plus simple aux premiers auteurs, notamment à Littré, de maintenir l'anse extériorisée à l'aide d'un fil de soie transfixant le méso-iliaque.

Il semble bien que si cette technique n'avait donné que des déboires aux premiers opérateurs, cela tenait surtout aux conditions mêmes des réalisations chirurgicales de cette époque.

A l'heure actuelle, nous avons vu pratiqué très souvent, dans le service de M. le Professeur Bérard, soit par lui-même, soit par son chef de clinique, M. Santy, le procédé décrit plus loin, qui n'est en somme que la

technique initiale, adaptée aux conditions chirurgicales présentes. Il nous a paru que ce procédé, signalé du reste par Delbet et Brechet comme étant de leur pratique courante, était susceptible de rendre de grands services, étant donné sa réalisation rapide et simple et la perfection de ses résultats.

CHAPITRE II

Anesthésie

Nous avons vu employer avec un égal succès les trois modes d'anesthésie courants, anesthésie générale, rachianesthésie, anesthésie locale. Elles ont chacune leurs indications.

L'anesthésie locale ne peut convenir qu'aux cas pour lesquels nulle hésitation n'est permise et qui ne nécessitent aucune exploration, tout l'acte opératoire consistant dans l'extériorisation de l'anse.

La rachianesthésie s'applique aux cas exactement inverses, car elle permet infiniment mieux que tout autre l'exploration méthodique d'anses distendues par l'occlusion grandissante, sans exposer, au cours de l'opération, à l'eviscération, si désastreuse dans ses résultats immédiats.

L'anesthésie générale, si paradoxale que puisse paraître cette affirmation, est à réserver aux cachectiques en très mauvais état, pour lesquels deux bouffées de chlorure d'éthyle ou même quelques grammes d'éther sont moins dangereux que tout autre mode d'anesthésie.

TECHNIQUE PROPREMENT DITE

a) *Incision pariétale.* — Le mieux est de tracer à

gauche du grand droit, une incision en tout symétrique à l'incision de Mac Burney pour l'appendicectomie. Parallèle aux fibres de l'aponévrose du grand oblique, elle permet de dissocier celle-ci et d'arriver au petit oblique et au transverse, qui sont dissociés à leur tour dans le sens de leurs fibres. Le péritoine par contre doit être incisé dans le sens de l'incision cutanée et ses lèvres internes et externes soigneusement repérées avec une pince hémostatique.

b) *Recherche de l'S iliaque.*

Elle n'est pas toujours très aisée, surtout chez les sujets obèses à grand épiploon encombrant, ou chez les sujets dont le méso-iliaque est très court et retient l'anse sigmoïde plaquée contre la paroi de la fosse iliaque.

La position de Trendelenbourg facilite toujours la recherche de l'S iliaque, aussi faut-il y penser d'avance et faire cette intervention sur une table à renversement.

Reconnu à son aspect caractéristique et à ses franges graisseuses, l'S iliaque doit être attiré avec d'innombrables précautions dans la plaie opératoire. L'emploi de pinces de Tuffier et en général de toutes pinces à dents pointues, est dangereux, car on a affaire ici souvent à un intestin chroniquement distendu, à parois friables, œdématisées, et une moucheture prématurée de sa paroi peut avoir les plus graves conséquences, étant donné son contenu hyperseptique. C'est donc avec le doigt revêtu d'une compresse ou avec une pince en cœur à mors très souples qu'on saisira l'intestin pour l'amener au dehors.

Cette extériorisation doit obéir à deux règles impérieuses :

1°) Orienter l'anse dans son sens naturel, en laissant le bout afférent dans l'angle supérieur de la plaie de façon à éviter une torsion qui peut entraver l'évacuation du bout supérieur et gêner les lavages du bout inférieur.

2°) Elle doit porter aussi haut que possible sur la portion mobile du colon iliaque, de façon à éviter le prolapsus du bout supérieur et à laisser libre un segment aussi long que possible d'S iliaque au-dessous de l'anus si l'on veut pratiquer secondairement une excrèse.

c) *Fixation de l'anse.*

C'est ici le temps principal et le point particulier au procédé que nous décrivons. Cette fixation est réalisée, uniquement à l'aide d'un point en U passé au crin à travers les deux lèvres de la plaie pariétale et le méso iliaque.

Pour cela, partant de la lèvre externe du péritoine pariétale, une aiguille de Reverdin transfixe successivement cette lèvre, le méso iliaque au ras de l'intestin et la lèvre opposée.

Un premier crin un peu fort est passé de la sorte et immobilisé temporairement avec une pince de Kocher.

La manœuvre est renouvelée à deux centimètres environ du premier point passé et les deux crins ainsi parallèlement glissés sous l'anse intestinale, sont noués l'un à l'autre de part et d'autre du méso.

Il en résulte une fixation parfaite de l'anse en bonne place, qui nécessite seulement la précaution de ne pas trop restreindre, ce faisant, l'ouverture pariétale du péritoine, de façon à ne pas étrangler le bout afférent et efférent de l'intestin.

Si l'on a affaire à un sujet à paroi très forte et à pannicule adipeux épais, il y a avantage à transfixer avec les crins passés, non seulement le péritoine, mais les muscles et l'aponévrose. En aucun cas, on ne devra transfixer la peau, sous peine de voir les crins mal tolérés et d'être obligé à pratiquer leur ablation à brève échéance.

Pour compléter la fixation de l'ansé, il est nécessaire de passer un catgut fin à chaque extrémité de l'incision du péritoine pariétal, catgut qui chargera en même temps les plans superficiels de l'anse extériorisée au niveau de son bord convexe. Ces points ont pour but de réaliser la fermeture du péritoine et de fixer plus parfaitement l'S iliaque une fois que l'incision de l'anus aura fait diminuer son volume initial.

Ceci fait, on laisse revenir les muscles en place, leurs fibres s'accrochent spontanément aux parois latérales de l'anse extériorisée. Il suffit dès lors de passer un point cutané à chaque bout de l'incision en chargeant non seulement la peau, mais l'aponévrose du grand oblique.

Toutes ces manœuvres sont d'une exécution extrêmement rapide, beaucoup moins longues évidemment que la description que nous venons d'en donner.

d) *Ouverture de l'anse*

Elle sera soit immédiate, soit retardée.

Dans l'immense majorité des cas, il est absolument inutile d'ouvrir l'anse extériorisée séance tenante.

Les temps opératoires précédents une fois exécutés, il suffit donc d'appliquer un pansement humide au serum tiède et de soumettre le malade à l'alimentation réduite et au régime opiacé pendant les quatre premiers jours.

Le quatrième jour on incisera au thermo-cautère l'S iliaque extériorisé dans le sens même de sa bandelette visible en ayant soin d'inciser l'anse de bout en bout sans brûler au passage l'éperon muqueux déjà formé. Il est d'ailleurs le plus souvent nécessaire de faire une hémostase rapide de quelques petites artérioles pariétales.

L'ouverture immédiate ne s'impose que dans le cas relativement exceptionnel d'une occlusion aiguë compliquant une obstruction chronique.

En pareil cas, on a affaire à un S iliaque très distendu, à contenu gazeux et liquide. Il y a urgence à évacuer ce contenu.

Nous avons recours en pareil cas à un artifice excellent qui consiste à inciser le point le plus saillant de l'anse extériorisée au bistouri, après avoir protégé le champ opératoire par une épaisse couche de compresses et à glisser dans la moucheture ainsi réalisée, la gorge d'un tube de Paul de gros diamètre, sur laquelle on noue un catgut faufilé en bourse dans l'épaisseur de la paroi intestinale.

Ce catgut une fois serré, le tube de Paul est fixé d'une façon étanche et cela pour quatre ou cinq jours au moins, c'est-à-dire juste le temps nécessaire pour permettre à l'S iliaque de s'accoler solidement à la boutonnière pariétale.

Au cinquième jour, le tube de Paul est enlevé et on achève d'inciser au thermo-cautère l'anse extériorisée.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Homme de 60 ans.

Avril 1920. — Entre à Saint-Sacerdos pour tumeur étendue du rectum très infectée.

15 *avril* 1920. — Anus iliaque gauche suivant la technique. Ouverture le quatrième jour. *Bon résultat local.*

OBSERVATION II

Homme 47 ans. — Depuis deux mois phénomènes de sub-occlusion de plus en plus intenses.

Entre à Saint-Sacerdos avec un météorisme considérable; les anses se dessinent sous la paroi.

Rochi. (Docteur Leriche). Laparatomie sous-ombilicale exploratrice. Petit néoplasme en ficelle de la partie moyenne de l'S iliaque. Fermeture de la laparatomie.

Anus iliaque gauche suivant la technique. l'anse extériorisée est énorme, remplie de matières semies-liquides.

Ouverture au bout de 24 heures. évacuation d'une abondance inouïe.

Dès le cinquième jour, lavage des deux bouts très aisé.

Au vingtième jour, l'anus est très satisfaisant, le diamètre des deux bouts est revenu à la normale.

OBSERVATION III

Madame S..., 50 ans. — A été opérée il y a 6 mois dans une ville voisine d'un cancer ano-rectal sans anus préalable; entre en juillet 1920 salla Andrée Lumière avec une récurrence dans le bout de l'S iliaque abaissé, avec une atésie telle de l'anus périnéal opératoire qu'elle est en état de subocclusion.

10 juillet 1920. — Anus iliaque gauche à éperon. Ouvert le 13 juillet au thermo.

Traitement de la récurrence locale au radium.

15 février 1921. — L'anus à éperon est en excellent état, sans communication des deux bouts.

Malheureusement la récurrence périnéale a évolué et la malade souffre cruellement.

OBSERVATION IV

G..., 75 ans. Cancer du rectum à forme ampullaire haute.

17 juillet 1920. — Anus iliaque gauche par la technique décrite. Ouvert le 20 juillet au thermocautère. Très bon fonc-

tionnement, une selle par jour. A partir du cinquième jour on commence les lavages du bout inférieur.

31 juillet 1920. — Après rachianesthésie à la scurocaïne (Docteur Santy) amputation très étendue du rectum avec libération difficile dans la concavité sacrée.

Etant donnée l'importance de l'exérèse, et l'âge du malade, on n'abaisse pas ce qui reste de l'S iliaque et on le ferme en bourse suivant la technique de Mummery. Bourrage du périnée à la gaze.

15 août 1920. — Les suites ont été très simples. Le malade commence à se lever. Seule l'évacuation pénible de sa vessie le gêne un peu.

4 septembre 1920. — Le malade quitte la maison de santé.

15 février 1921. — Bonnes nouvelles du malade qui a repris ses occupations de cultivateur. Son anus fonctionne très bien, les 2 orifices séparés par l'éperon muqueux sont restés très bien isolés.

OBSERVATION V

Madame C. G., 66 ans. Vue en juillet 1920 pour un volumineux néoplasme du rectum ayant débuté depuis huit mois environ, a subi il y a deux mois une première application de radium.

A l'examen présente une énorme tumeur végétante de l'ampoule rectale, avec rectite intense et évacuations purulentes très importantes.

Le 23 juillet. — Anus iliaque gauche suivant la technique décrite.

Le 26 juillet. — Ouverture de l'anse au thermocautère,

Le 30 juillet. — On place à nouveau cent milligrammes de radium au sein de la masse néoplasique.

En octobre. — On apprend qu'il est survenu une notable amélioration, l'anus iliaque fonctionne parfaitement et la dérivation des matières est absolue. Le suintement rectal a considérablement diminué et l'état général est meilleur.

OBSERVATION VI

M..., 53 ans.

4 août 1920. — Entre à l'hôpital dans le service de M. le Professeur Bérard pour un cancer bas situé du rectum.

12 août 1920. — Anus iliaque gauche suivant la technique décrite.

16 août 1920. — Ouverture de l'anus au thermo-cautère. Dès le cinquième jour on fait des lavages très aisément du bout inférieur.

28 août 1920. — Rachianesthésie. Scurocaïne (0,10) Docteur Santy. Amputation du rectum très étendue. Au cours de la libération antérieure que l'on cherche à faire large pour dépasser le néoplasme qui est surtout antérieur, blessure de l'urèthre prostatique.

Abaissement de l'S iliaque au périnée.

15 septembre 1920. — Les suites ont été un peu troublées par la nécessité de laisser une sonde à demeure et par un certain degré d'infection de la brèche périnéale.

27 octobre 1920. — Le malade part guéri, l'anus à éperon fonctionne très bien sans communication aucune entre les deux bouts. On ne propose pas la cure radicale de l'anus

artificiel malgré l'abaissement parfait de l'S iliaque à cause de l'absence de sphincter périnéal. L'anus artificiel est très continent; le malade va une fois par jour à la selle et n'utilise pas son appareil.

2 février 1921. — Revu en parfait état. — A engraisé de 14 kilogs. — L'anus à éperon est toujours très satisfaisant.

OBSERVATION VII

Homme de 72 ans. Entre le 20 août 1920. Salle Saint-Sacerdos, service de M. le Professeur Bérard, pour une tumeur maligne de l'ampoule rectale. Malade cachectique en état de subocclusion.

Le 20 août. — Anus iliaque gauche suivant technique décrite. (Anesthésie locale.)

Le 21 août. — Ouverture précoce au thermocautère à cause des phénomènes menaçants d'occlusion. Débâcle abondante.

Amélioration relative par la suite, mais deux mois plus tard le malade meurt cachectique.

OBSERVATION VIII

Madame M., 49 ans. Entre le 17 septembre 1920 salle A. Lumière, service de M. le Professeur Bérard, pour une ulcération de la fourchette ano-vaginale reposant sur une base indurée envahissant toute l'épaisseur de la cloison recto-vaginale sur une hauteur de cinq centimètres.

La marge de l'anus est largement envahie. La malade souffre énormément en allant à la selle.

Une biopsie montre qu'il s'agit d'un épithéliome cylindrique atypique, probablement d'origine rectale.

Application de radium le 18 septembre (100 milligrammes 48 heures à 6 foyers).

Le 20 octobre, la malade revient se montrer. L'induration néoplasique a beaucoup diminué, mais l'ulcération de la fourchette a plutôt augmenté.

Le 2 décembre 1920. — En vue de faire une exérèse très étendue des lésions, on fait un anus iliaque gauche suivant la technique. (Rachianesthésie scurocaïne).

La malade est très obèse, on a énormément de peine à faire sortir au dehors l'anse intestinale qui a un méso très court.

Ouverture le troisième jour. L'intestin est très peu extériorisé. On peut malgré cela commencer les lavages du bout inférieur rapidement.

28 décembre. — Rachianesthésie scurocaïne (Docteur Santy). Amputation recto-vaginale très étendue comportant dix centimètres de rectum et la totalité de la paroi postérieure du vagin, avec les 2/3 des deux parois latérales.

6 février 1921. — Après quelques jours de phénomènes inflammatoires de la plaie périnéale très rapidement enravés par l'emploi de sérum antigangréneux, la cicatrisation s'est faite rapidement. La malade part cicatrisée. L'éperon de l'anus iliaque est très peu marqué à cause de l'avalement de l'anus par l'énorme paroi graisseuse. Les matières arrivent de temps à autre à passer par le bout inférieur, ce qui n'a aucun inconvénient, puisque celui-ci est très correctement abaissé.

OBSERVATION IX

Madame M., 60 ans.

Néoplasme ampullaire du rectum adhérent en avant et à droite aux organes pelviens.

2 novembre 1920. — Salle Andrée Lumière. Anus iliaque gauche sous anesthésie générale, suivant technique indiquée.

5 novembre 1920. — Ouverture au thermo-cautère.

10 novembre 1920. — Excellent fonctionnement. ventre souple. Lavage du bout inférieur et traitement du néoplasme par application de Radium.

15 janvier 1921. — Le néoplasme continue à évoluer, mais l'anus à éperon fonctionne très bien; le malade ne porte pas son appareil.

OBSERVATION X

Femme de 60 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur Bérard pour une tumeur du rectum qui provoque une rectite suppurée intense avec température élevée et état général très mauvais.

L'examen local montre qu'il s'agit d'un cancer très avancé qui transforme tout le rectum en un conduit rigide, siège d'ulcérations multiples suppurant abondamment.

15 novembre 1920. — Premier temps d'un anus iliaque suivant la technique décrite. Anesthésie locale.

18 novembre 1920. — Ouverture de l'anus au thermo-cautère. Dès le 20 novembre on commence les lavages du bout

inférieur qui se font très aisément. Le segment d'S iliaque interposé entre l'anus opératoire et l'orifice naturel étant très court, amélioration très-rapide de l'état général, chute de la température.

La malade est revue en février. La tumeur rectale a progressé excentriquement et entraîne des phénomènes inflammatoires douloureux dans la fesse gauche. L'anus iliaque fonctionne bien, l'éperon protège très efficacement le bout inférieur.

OBSERVATION XI

G., 72 ans.

18 décembre 1920. — Accidents d'occlusion aigüe remontant à 48 heures sans autres antécédents qu'amaigrissement progressif.

Abdomen très météorisé. Vomissements.

Rachianesthésie à la scurocaïne (0,07 centigrammes) (Dr Santy).

Laparatomie exploratrice. Léger degré d'ascite. Anses énormes, surtout pour la terminaison du grêle et les colons. On trouve la cause de l'occlusion dans un petit néo en ficelle très serré de l'S iliaque. Fermeture de la laparatomie.

Anus iliaque gauche suivant la technique. Ouverture immédiate sur un tube de Paul.

6 janvier 1921. — Suites simples, évacuation très abondante. Amélioration rapide de l'état général. On a enlevé le drain de Paul le cinquième jour et ouvert largement l'anus. Diarrhée persistante un peu gênante.

18 janvier 1921. — Quitte la maison de santé, très amélioré. Anus fonctionnant très bien.

OBSERVATION XII

Femme de 58 ans. Venue d'un service de médecine pour des phénomènes d'occlusion menaçants. Enorme météorisme intestinal. L'S iliaque se dessine démesurément gros sous la paroi.

15 *septembre* 1920. — Rachianesthésie, incision de laparotomie sous-ombilicale qui permet de constater qu'il s'agit d'une tumeur de la portion terminale de l'S iliaque fixée largement dans le petit bassin. Fermeture en un plan aux fils métalliques.

Anus iliaque gauche suivant la technique décrite. Au cours de l'extériorisation de l'S iliaque, une pince de Tuffier employée pour maintenir l'anse perce les tuniques démesurément distendues et un flot de matières septiques souille le péritoine. On déterge celui-ci à l'éther mais on a l'impression que le péritoine a été largement inoculé.

On termine en ouvrant séance tenante l'anus sur un drain de Paul.

Suites d'abord assez bonnes mais 24 heures plus tard, péritonite et mort.

CHAPITRE IV

Résultats. -- Indications

De la courte étude qui précède, et du dépouillement des douze observations que nous rapportons, nous voulons déduire deux points qui ont leur importance.

1°) *Malgré sa simplicité extrême d'exécution, ce procédé donne des résultats anatomiquement très satisfaisants.*

De cette simplicité nous ne dirons qu'un mot. il suffit de lire les descriptions classiques, pour voir que le procédé, dit procédé en deux temps que l'on trouve longuement expliqué partout est celui qui consiste à glisser une compresse ou une sonde sous l'anse extériorisée — procédé qui expose, s'il est fait aussi schématiquement, sans aucun point de suture, à pas mal d'ennuis, tels que l'éviscération avec possibilité d'incidents du côté des anses grèles qui peuvent se glisser dans la boutonnière pariétale. En outre il n'assure pas un éperon définitif, l'anse tendant petit à petit à rentrer dans la cavité abdominale. La mise à demeure

d'une anse de crin passée en U au travers du méso et accolant contre les deux faces de celui-ci, les lèvres de la plaie, assure au contraire une sécurité parfaite au point de vue de l'issue intempestive des anses au dehors et en outre, l'éperon qui en résulte, reste très net et isole parfaitement les deux bouts intestinaux à la seule condition que l'on ait ouvert largement au thermo-cautère la paroi intestinale dans toute la longueur du segment extériorisé.

Les malades des observations III, IV et VI revus sept et six mois après l'intervention avaient des anus en parfait état, sans aucune tendance au prolapsus du bout supérieur, avec une continence telle que l'appareil spécial leur était inutile en temps normal, une seule selle survenant chaque jour.

Chez tous nos malades il a été possible de faire très précocement des lavages du bout inférieur. Et c'est là un point très important, car la désinfection mécanique rapide de ce bout inférieur est une des conditions du relèvement de l'état général dans l'anus palliatif. (Obs. VII, IX, X, XI.) et également une condition du succès opératoire lorsqu'on en arrive à l'exérèse de la tumeur (Obs. IV, VI, VIII). Il nous a paru, que dans tous les cas (VIII), le barrage réalisé par l'éperon était suffisant pour empêcher le passage des matières d'un bout dans l'autre.

2°) *Contre-indications.*

Nous croyons cependant que malgré ses avantages cette technique n'est pas applicable dans tous les cas et que parfois aussi elle devra céder le pas aux techni-

ques classiques des anus définitifs par interruption complète du segment intestinal.

Tout d'abord comme nous l'a montré notre observation VIII, l'existence chez le malade à opérer d'une paroi très adipeuse, gêne l'exécution de la technique décrite. Chez la malade à laquelle nous faisons allusion, l'épaisseur du tissu cellulaire était telle que l'anse fixée au plan profond par son méso, affleurait à peine par sa convexité le niveau du plan cutané. Il s'en suit, qu'après ouverture au thermo-cautère, au lieu de former comme d'habitude une collerette étalée sur les téguments autour des deux orifices, la muqueuse formait un entonnoir profond qui tapissait la tranchée profonde, taillée ainsi aux dépens du tissu graisseux. L'éperon dès lors, au lieu d'être en saillie, restait au fond de cet infundibulum, et de temps à autre, les matières liquides pouvaient par regorgement passer d'un segment dans l'autre.

En présence d'un malade anormalement adipeux, il vaut donc mieux avoir recours au vieux procédé de la mèche glissée sous l'S iliaque extériorisé.

En second lieu, lorsqu'il s'agit d'une tumeur de l'S iliaque enlevable dans un second temps, sans rétablissement de la continuité, ou si l'on désire enlever une tumeur du rectum avec ablation totale de l'S iliaque sans abaissement, il est certainement plus commode de faire d'emblée un anus à pont qui isole entièrement l'anus définitif du segment inférieur à enlever et qui simplifie dès lors le temps de l'exérèse.

3°) *Indications.*

Elles restent très nombreuses, le type en sera bien

entendu l'anus palliatif pour tumeurs inopérables. En outre, toutes les fois que l'anus est le premier temps d'une exérèse avec abaissement possible de l'S iliaque, il est commode d'utiliser le procédé que nous avons décrit, car il permet une restauration simple de la continuité. Nos observations XI et II montrent que cette technique est applicable aux malades en état d'occlusion subaigüe (obs. II) ou aigüe (obs. XI) sans avoir la complexité des procédés classiques à ouverture immédiate si l'on a la précaution d'utiliser le tube de Paul.

Notre observation XII, montre une fois de plus le danger des manipulations de ces S iliaques démesurément distendus; prêts à se rompre et que la moindre égratignure instrumentale perfore en entraînant la catastrophe de l'inondation septique du péritoine.

CONCLUSIONS

I. — Il existe de nombreux cas cliniques pour lesquels l'anus iliaque gauche définitif ou non, peut être établi par le vieux procédé de l'anus à éperon.

II. — Il est possible de moderniser et de rendre très simple la technique opératoire de tels anus obtenus autrefois à l'aide de procédés infidèles et incommodes.

III. — Le procédé que nous avons décrit, d'après la technique employée dans le service de M. le Professeur Bérard, et qui consiste dans la transfixion du méso-iliaque à l'aide d'un point en U au crin non resorbable, le fixant aux plans profonds des lèvres de l'incision, permet d'obtenir, soit avec ouverture immédiate, soit avec ouverture retardée, un anus à éperon protégeant efficacement le bout inférieur et le plus souvent continant.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	BÉRARD.
JEAN LÉPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 février 1921.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pr le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
JOSSERAND.

